

В ООО «СК СОГАЗ-ЖИЗНЬ»

От _____
 Фамилия, имя, отчество

Адрес фактического проживания _____

Телефон _____

Эл. почта _____

ЗАЯВЛЕНИЕ на страховую выплату по риску «Протезирование»:

Я, _____

Фамилия, имя, отчество

Документ: _____ серия _____ номер _____, выдан (кем/когда) _____, являющий(ая)ся

- Застрахованным лицом;
 - Выгодоприобретателем;
 - представителем по доверенности,
- по договору № _____ от _____ г., в связи с наступлением риска «Протезирование» «_____» _____ 20__ г.,
 прошу причитающуюся мне сумму страховой выплаты перевести на мой (иначе указать ФИО получателя) счет:

Получатель: _____
Наименование Банка: _____
БИК _____ **ИНН** _____
Кор. счет Банка получателя _____
Расчетный счет получателя _____

К заявлению прилагаю следующие документы (*отметить/указать*):

- Договор страхования (страховой полис/страховой сертификат);
- Документ удостоверяющий личность заявителя;
- Согласие на обработку персональных данных Заявителя;
- Приложение к заявлению с описанием произошедшего события
- Медицинское заключение о необходимости протезирования;
- Копия направления на протезирование;
- Выписка из медицинской карты стационарного больного (выписной эпикриз);
- Выписка из медицинской карты амбулаторного больного;
- Заключение врача (невролога, кардиолога, хирурга, терапевта, травматолога, ортопеда, стоматолога, офтальмолога, гинеколога, отоларинголога, пульмонолога, уролога, пластического хирурга);
- Результаты рентгенологического, УЗИ, МРТ, КТ и других исследований;
- Иные документы (*перечислить*): _____

Краткое описание произошедшего события (*наименование события, обстоятельства/место наступления, причина*): _____

Я даю согласие на обработку, хранение, передачу и использование предоставленных мною своих персональных данных с целью осуществления информационных почтовых и электронных рассылок, исходящего телефонного обзвона бессрочно до получения ООО «СК СОГАЗ-ЖИЗНЬ» моего письменного уведомления об отказе от использования моих персональных данных.

Подпись/расшифровка подписи

дата